

睡眠時無呼吸アンケート

記入日 年 月 日

氏名 _____ ご職業 _____

1. 身長・体重を教えてください

身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)

2. 女性の方にお聞きします。最終月経はいつですか? (_____ 年 _____ 月)

3. 「いびき」と「睡眠時無呼吸」についてお聞きします。

①毎晩のように「いびき」をかくようになったのはいつごろからですか?

(_____) 歳ごろから わからない いびきはかかない

②呼吸が止まるのに気づかれたのは、いつごろからですか?

(_____) 歳ごろから わからない 呼吸は止まらない

③今までに「いびき」や「睡眠時無呼吸」の治療を受けたことがありますか?

ある ない

「ある」とお答えいただいた方へ質問です。どのような治療でしたか?

のどの手術 扁桃腺の手術 鼻の手術 CPAP (シーパップ)

口腔内器具 (マウスピース)

その他 (_____)

いつごろですか?

(_____)

どちらの病院ですか?

(_____)

効果はありましたか?

効果があった 効果がなかった わからない

中止した (理由: _____)

その他 (_____)

4. 「睡眠」についてお聞きします。

①以下の項目に当てはまる睡眠時の症状に✓をつけてください。(複数回答可)

寝つきが悪い 夜中にしばしば目を覚ます 眠りが浅く熟睡感が無い

朝早く目が覚めてしまい、その後眠れない

夜間、トイレに起きる (約 _____ 回)

その他 (_____)

8. 身体疾患についてお聞きします。

①高血圧がありますか？

はい いいえ わからない

②心臓の病気がありますか？

はい いいえ わからない

「はい」と答えた方は、どんな病気ですか？（複数回答可）

虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞など） 心不全 心房細動

その他（ ）

現在治療を受けていますか？ はい いいえ

③脳梗塞や脳出血になったことはありますか？

はい いいえ わからない

「はい」と答えた方は現在治療を受けていますか？

はい いいえ

④肺の病気になったことはありますか？

はい いいえ わからない

「はい」と答えた方はどんな病気ですか？

（ ）

現在治療を受けていますか？ はい いいえ

⑤糖尿病がありますか？

はい いいえ 疑いがある わからない

「ある」と答えた方は現在治療を受けていますか？ はい いいえ

⑥「鼻」や「のど」の病気がありますか？ はい いいえ

「はい」と答えた方はどんな病気ですか？

（ ）

現在治療を受けていますか？（複数回答可）

点鼻薬 噴霧薬 飲み薬 手術 治療は

していない

その他（ ）

9. 自動車の運転についてお聞きします。

①自動車は運転しますか？

はい いいえ

「はい」に✓を付けた方は、仕事でも運転しますか？

はい いいえ

②居眠り事故を起こしたことはありますか？

はい いいえ

JESS™ (Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale)
ESS日本語版

氏名： _____

もし、以下の状況になったとしたら、どのくらいうとうとする(数秒～数分眠ってしまう)と思いますか。最近の日常生活を思い浮かべてお答えください。

以下の状況になったことが実際になくても、その状況になればどうなるかを想像してお答えください。 (1～8の各項目で、○は1つだけ)	うとうとする可能性はほとんどない	うとうとする可能性は少しある	うとうとする可能性は半々くらい	うとうとする可能性が高い
すべての項目にお答えしていただくことが大切です。 できる限りすべての項目にお答えください。				
1) すわって何かを読んでいるとき (新聞・雑誌・本・書類など)	0	1	2	3
2) すわってテレビを見ているとき	0	1	2	3
3) 会議・映画館・劇場などで静かにすわっているとき	0	1	2	3
4) 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	0	1	2	3
5) 午後に横になって休息をとっているとき	0	1	2	3
6) すわって人と話をしているとき	0	1	2	3
7) 昼食をとった後(飲酒なし)、静かにすわっているとき	0	1	2	3
8) すわって手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3

合計 点

質問は以上です。ありがとうございました。

JESS™ (Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale)
ESS日本語版

氏名： _____

もし、以下の状況になったとしたら、どのくらいうとうとする(数秒～数分眠ってしまう)と思いますか。最近の日常生活を思い浮かべてお答えください。

以下の状況になったことが実際になくても、その状況になればどうなるかを想像してお答えください。 (1～8の各項目で、○は1つだけ)	うとうとする可能性はほとんどない	うとうとする可能性は少しある	うとうとする可能性は半々くらい	うとうとする可能性が高い
すべての項目にお答えしていただくことが大切です。できる限りすべての項目にお答えください。				
1) すわって何かを読んでいるとき (新聞・雑誌・本・書類など)	0	1	2	3
2) すわってテレビを見ているとき	0	1	2	3
3) 会議・映画館・劇場などで静かにすわっているとき	0	1	2	3
4) 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	0	1	2	3
5) 午後に横になって休息をとっているとき	0	1	2	3
6) すわって人と話をしているとき	0	1	2	3
7) 昼食をとった後(飲酒なし)、静かにすわっているとき	0	1	2	3
8) すわって手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3

合計 点

質問は以上です。ありがとうございました。